

# 《問診票》

令和 年 月 日

フリガナ

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日( 才)

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号①自宅 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ②携帯電話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

体重 \_\_\_\_\_ kg (お子様の場合はご記入ください)

○いつ頃から具合が悪いですか？

[ ] 日前から ・ [ ] ヶ月前から ・ [ ] 年前から

○いちばん困っている症状はなんですか？

みみ【右 左】	痛い かゆみ 耳だれ におう 聴こえが悪い 耳鳴り めまい 耳あか 耳を触る 中耳炎疑い 耳周囲のはれ 異物を入れた 補聴器の相談
はな	痛い 鼻水(透明・白色・黄色) 鼻づまり くしゃみ 鼻すすり 鼻血 花粉症 においがわからない 異物を入れた
のど	痛い 咳 痰 違和感 声のかすれ 息苦しい 魚の骨が刺さった 口が乾く 口内炎 味がわからない いびきをかく
その他	熱がある( _____ °C) 頭痛がする 関節が痛い 頸が腫れている 周囲で流行している感染がある 学校検診で耳鼻科を勧められた
上記症状に当てはまる症状がない場合はこちらにご記入ください。	

○耳鼻科以外で治療中の病気はありますか？ ある ・ ない

脳梗塞 高血圧 狭心症 心筋梗塞 不整脈 糖尿病 肝炎 前立腺肥大 緑内障 胃潰瘍  
てんかん(けいれん) 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 腎透析

その他 \_\_\_\_\_

○現在服用しているお薬はありますか？ ある(お薬手帳あり) ・ ない

お薬手帳が無い方は、お薬の名前をご記入ください。

ピル・血液サラサラ

○今までにお薬を服用して具合が悪くなったことがありますか？ ある ・ ない

薬剤名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_

○食べ物のアレルギーはありますか？ ある ・ ない ・ わからない

食品名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_

○妊娠中または授乳中ですか？ いいえ 授乳中・妊娠の可能性がある ・ 妊娠 \_\_\_\_\_ 週

○当院をなにで知りましたか？

看板 インターネット 家族・知人の紹介 他院からの紹介 チラシ その他

○当院ではオンライン資格確認を通じて、診療情報の取得・活用に努めております。マイナンバーカードの保険証としてのご利用とご協力を宜しく申し上げます。